

IBD & der «Rost» in den Gelenken

Fortbildung vom 16.11.23

Dr. med. C. Hess
FMH Gastroenterologie /
Hepatologie / Innere Medizin

 **alfaré | debrunner | seebach**
praxis für lunge – herz – magen und darm

 **SPITALUSTER**

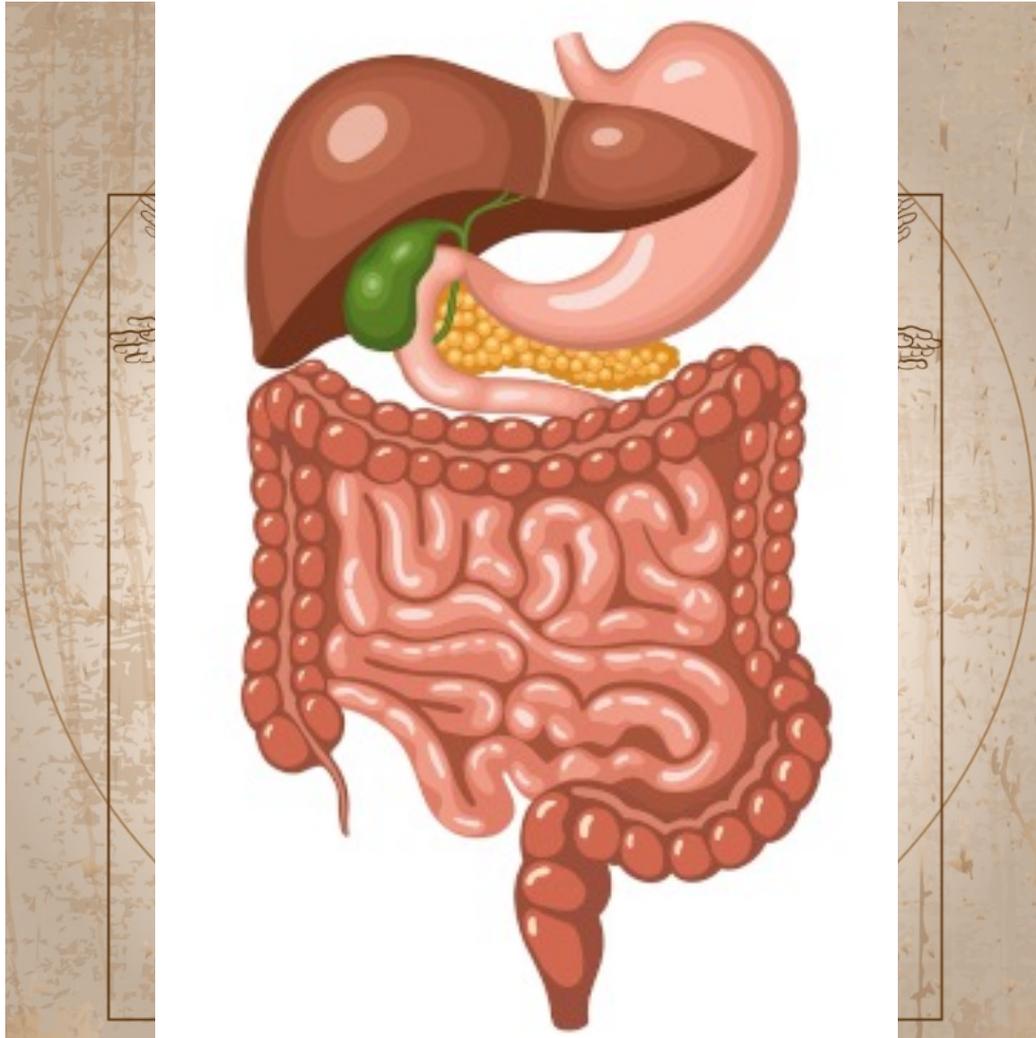


IBDnet

Swiss Research and Communication
Network on Inflammatory Bowel Disease

Extraintestinale Manifestationen

Häufigkeit & Verteilung



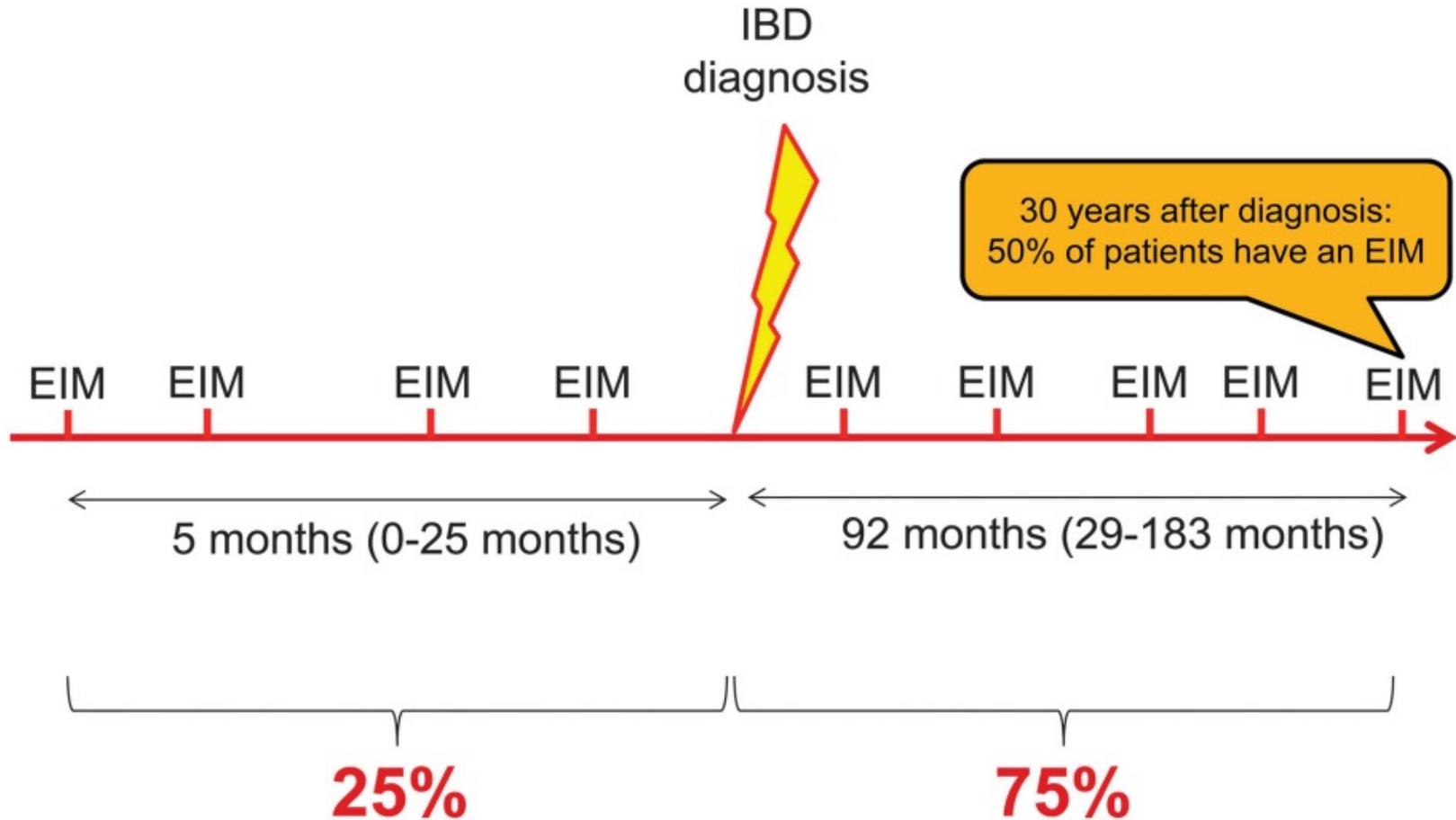
Extraintestinale Manifestationen

Häufigkeit & Verteilung

	Morbus Crohn	Colitis Ulcerosa
EIM	43%	31%
Periphere Spondylarthritis	33%	21%
Axiale Spondylarthritis 	6%	2%
Aphthöse Stomatitis	10%	4%
Erythema Nodosum	6%	3%
Iritis / Uveitis 	6%	4%
Pyoderma gangrenosum	2%	2%
Psoriasis	2%	1%
Primär sklerosierende Cholangitis 	1%	4%

IBD und Gelenk

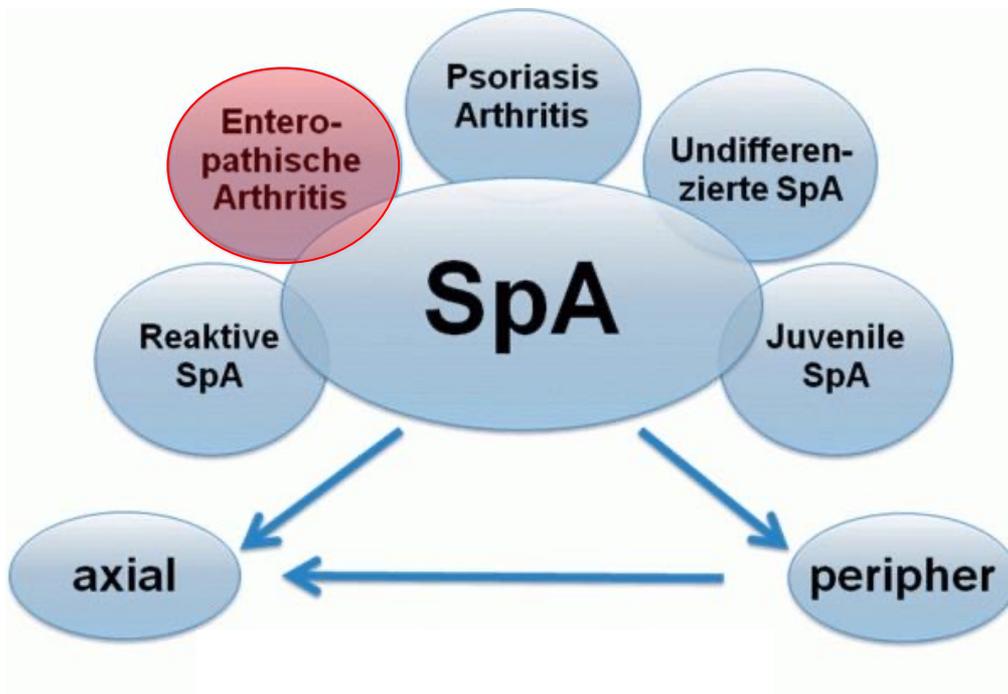
Zeitpunkt des Auftretens von EIM



Inflamm Bowel Dis 2015; 21: 1982–92

Spondylarthritis (Spa)

Einteilung aus Sicht des Rheumatologen



- HLA-B27 assoziiert
- Seronegativ (keine Rheumafaktoren)
- Typischer Gelenksbefall:
 - Arthritis der Wirbelsäule, bevorzugt Sacroileitis
 - Asymmetrisch
 - Bevorzugt untere Extremitäten
- Häufig assoziiert mit extraartikulärem Befall (Augen, Haut, Sehnenansätze und Kapsel, Schleimhäute, Darm)

IBD-assoziierte Spondylarthritis

Einteilung

- Axiale Spondylarthropathie
 - Isolierte Sacroileitis
 - Entzündlicher Rückenschmerz
 - Ankylosierende Spondylitis (M. Bechterew)

- Periphere Spondylarthropathie
 - Periphere Arthritis
 - Typ 1: <5 Gelenke, grosse Gelenke → Abhängig von IBD-Aktivität
 - Typ 2: >5 Gelenke, kleine Gelenke → Unabhängig von IBD-Aktivität
 - Enthesitis
 - Dactylitis
 - Arthralgie

IBD-assoziierte Spondylarthritis

Einteilung

■ Axiale Spondylarthropathie

- Isolierte Sacroileitis
- Entzündlicher Rückenschmerz
- Ankylosierende Spondylitis (M. Bechterew)

- 3-5% der IBD-Patienten
- Männer > Frauen
- Häufig unabhängig von der IBD-Aktivität
- Symptome: Rückenschmerzen in jungem Alter, Morgensteifigkeit, Schmerzexazerbation in Ruhe

■ Periphere Spondylarthropathie

■ Periphere Arthritis

- Typ 1: <5 Gelenke, grosse Gelenke → Abhängig von IBD-Aktivität
- Typ 2: >5 Gelenke, kleine Gelenke → Unabhängig von IBD-Aktivität

■ Enthesitis

■ Dactylitis

■ Arthralgie

IBD-assoziierte Spondylarthritis

Einteilung

■ Axiale Spondylarthropathie

- Isolierte Sacroileitis
- Entzündlicher Rückenschmerz
- Ankylosierende Spondylitis (M. Bechterew)

- Entzündung des Ileo-Sakral-Gelenkes
- uni- oder bilateral
- Häufig Asymptomatisch
- Diagnose: CT oder MRI
- Ankylose und Sklerose
- Prävalenz bei IBD 3-30%

■ Periphere Spondylarthropathie

■ Periphere Arthritis

- Typ 1: <5 Gelenke, grosse Gelenke → Abhängig von IBD-Aktivität
- Typ 2: >5 Gelenke, kleine Gelenke → Unabhängig von IBD-Aktivität

■ Enthesitis

■ Dactylitis

■ Arthralgie

IBD-assoziierte Spondylarthritis

Einteilung

■ Axiale Spondylarthropathie

- Isolierte Sacroileitis
- Entzündlicher Rückenschmerz
- Ankylosierende Spondylitis (M. Bechterew)

- Entzündung der Costo-vertebralen Gelenke
- Prävalenz bei IBD 5-30%

■ Periphere Spondylarthropathie

■ Periphere Arthritis

- Typ 1: <5 Gelenke, grosse Gelenke → Abhängig von IBD-Aktivität
- Typ 2: >5 Gelenke, kleine Gelenke → Unabhängig von IBD-Aktivität

■ Enthesitis

■ Dactylitis

■ Arthralgie

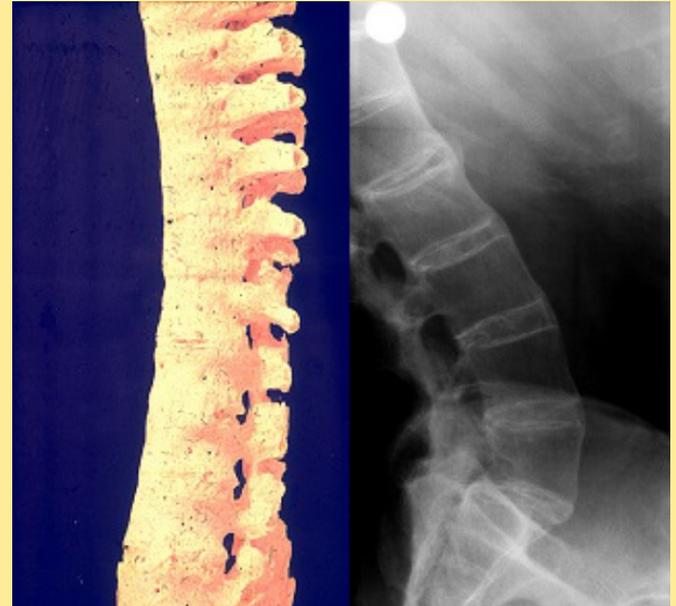
IBD-assoziierte Spondylarthritis

Einteilung

- Axiale Spondylarthropathie
 - Isolierte Sacroileitis
 - Entzündlicher Rückenschmerz
 - Ankylosierende Spondylitis (M. Bechterew)

- Periphere Spondylarthropathie
 - Periphere Arthritis
 - Typ 1: <5 Gelenke, grosse Gelenke
 - Typ 2: >5 Gelenke, kleine Gelenke
 - Enthesitis
 - Dactylitis
 - Arthralgie

- Sklerosierung des axialen Skeletts



IBD-assoziierte Spondylarthritis

Einteilung

■ Axiale Spondylarthropathie

- Isolierte Sacroileitis
- Entzündlicher Rückenschmerz
- Ankylosierende Spondylitis (M. Bechterew)

■ Periphere Spondylarthropathie

- Periphere Arthritis
 - Typ 1: <5 Gelenke, grosse Gelenke
 - Typ 2: >5 Gelenke, kleine Gelenke
- Enthesitis
- Dactylitis
- Arthralgie

- 5-10% der Patienten mit CU
10-20% der Patienten mit MC
- Im Vergleich zu RA u.a. meist nicht destruktiv
- Gehäuft bei:
 - MC mit Kolon- und perianalem Befall
 - Vorkommen anderer EIM

Rheumatologische Manifestationen von IBD

Einteilung periphere Spondylarthropathien

	Typ 1 (pauciartikulär)	Typ 2 (polyartikulär)
Anzahl beteiligter Gelenke	< 5	≥ 5
Typische involvierte Gelenke	grosse Gelenke Knie > Fussgelenk > Handgelenk > Ellbogen > MCP > Hüfte > Schultern	kleine Gelenke MCP > Knie > PIP > Handgelenk > Fussgelenk > Ellbogen > Schulter
Symmetrie	asymmetrisch	Asymmetrisch oder symmetrisch sein
Gelenksdestruktion	keine	kann erosiv sein
Assoziation mit der IBD-Aktivität	Parallel zur Aktivität	Unabhängig von der Aktivität
Persistenz der Symptome	selbstlimitierend, <10 Wochen	anhaltend für Monate bis Jahre
Assoziation mit anderen EIM	Hohe Häufigkeit Erythema nodosum, Uveitis	Nur mit Uveitis

Inflamm Bowel Dis 2015; 21: 1982–92

IBD-assoziierte Spondylarthritis

Einteilung

■ Axiale Spondylarthropathie

- Isolierte Sacroileitis
- Entzündlicher Rückenschmerz
- Ankylosierende Spondylitis (M. Bechterew)

■ Periphere Spondylarthropathie

■ Periphere Arthritis

■ Typ 1: <5 Gelenke, grosse Gelenke → Abhängig von IBD-Aktivität

■ Typ 2: >5 Gelenke

■ Enthesitis

■ Dactylitis

■ Arthralgie

■ Entzündung der Sehnenansätze

■ Prävalenz bei IBD 5-10%

IBD-assoziierte Spondylarthritis

Einteilung

■ Axiale Spondylarthropathie

- Isolierte Sacroileitis
- Entzündlicher Rückenschmerz
- Ankylosierende Spondylitis (M. Bechterew)

■ Periphere Spondylarthropathie

- Periphere Arthritis
 - Typ 1: <5 Gelenke
 - Typ 2: >5 Gelenke
- Enthesitis
- Dactylitis
- Arthralgie

- «Wurst-Finger»; schmerzhafte Schwellung des gesamten Fingers
- Prävalenz bei IBD 2-4%



tät
tivität

(2010) 4, 257–268

IBD-assoziierte Spondylarthritis

Einteilung

■ Axiale Spondylarthropathie

- Isolierte Sacroileitis
- Entzündlicher Rückenschmerz
- Ankylosierende Spondylitis (M. Bechterew)

■ Periphere Spondylarthropathie

■ Periphere Arthritis

- Typ 1: <5 Gelenke, grosse Gelenke → Abhängig von IBD-Aktivität
- Typ 2: >5 Gelenke, kleine Gelenke → Unabhängig von IBD-Aktivität

■ Enthesitis

■ Dactylitis

■ Arthralgie

- Nicht entzündlicher Gelenksschmerz
- Keine Schwellung
- Prävalenz bei IBD 8-30%

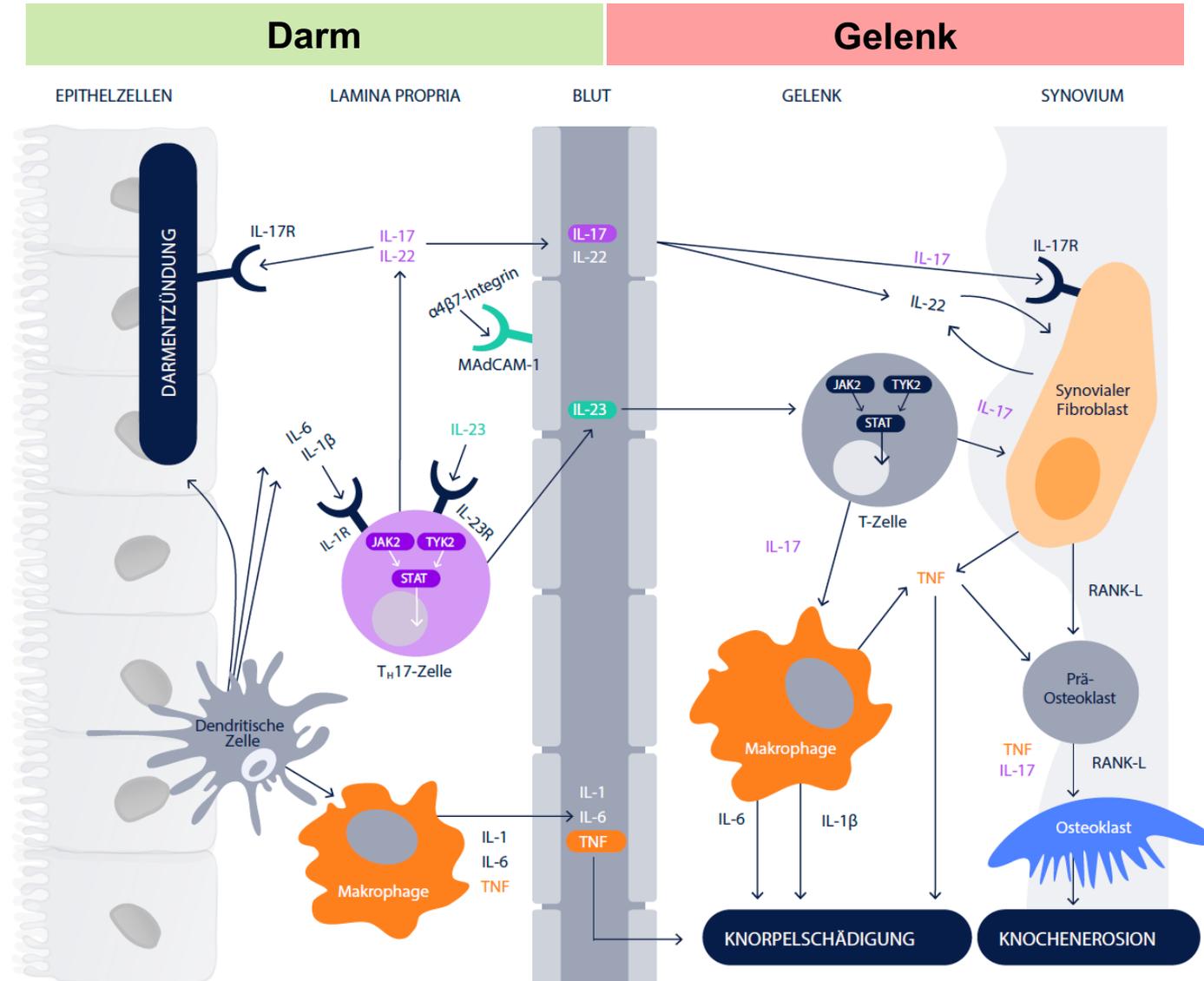
IBD und Gelenke

Pathogenese

- Stimulierte Lymphocyten wandern vom Darm in die Synovia von Gelenken
- Durch Darmmikrobiota aktivierte, proinflammatorische T-Helferzellen wandern in extraintestinales Gewebe aus und werden dort durch körpereigene Strukturen aktiviert (Antigen-Mimikry-Theorie)
- Genetische Prädisposition
 - Träger einer NOD2-Mutation
 - Träger von HLA-B27

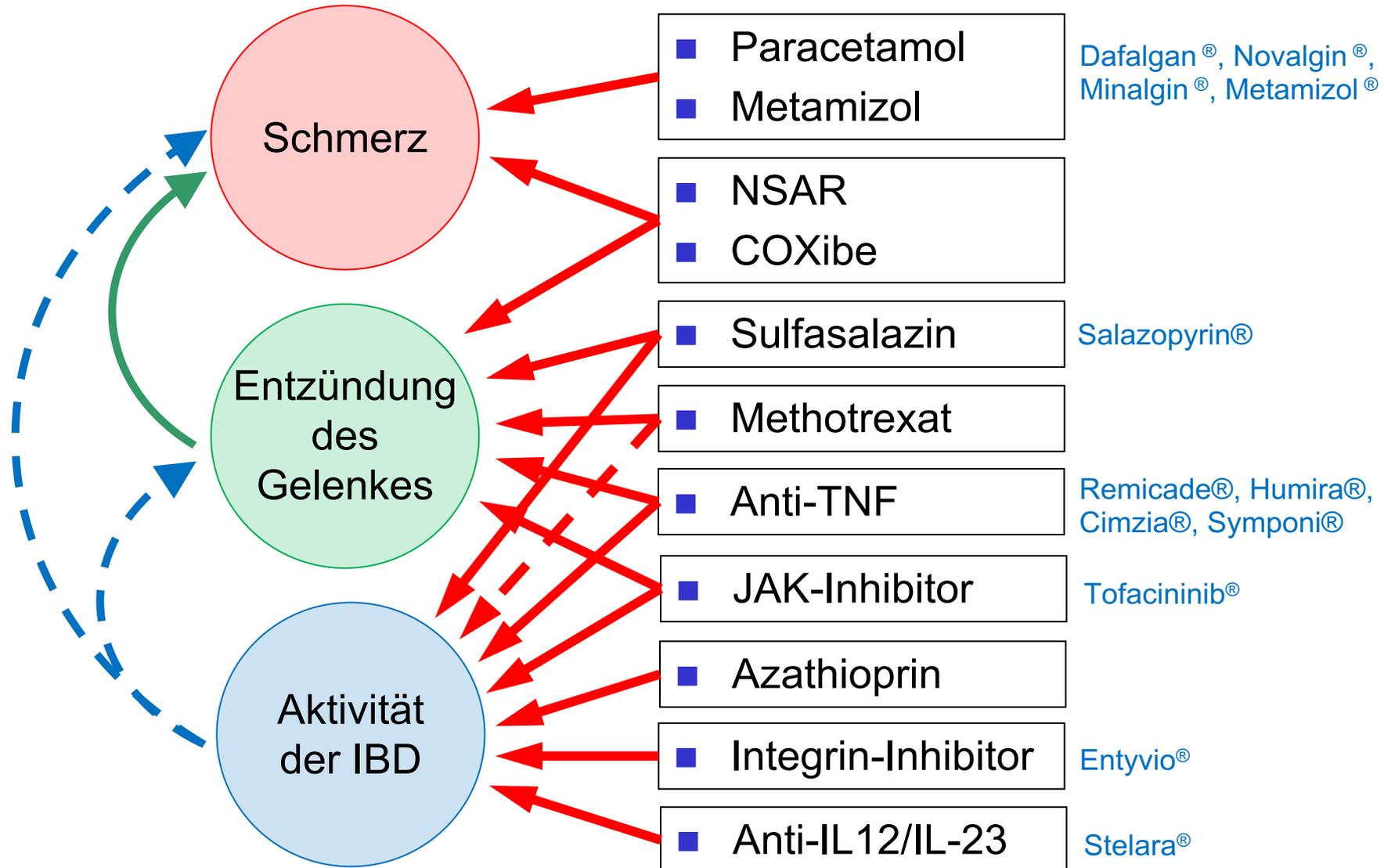
IBD und Gelenke

Zytokin-Netzwerk Darm und Gelenk



IBD und Gelenk

Therapie-Prinzip



IBD und Gelenke

Therapie-Empfehlung

Agent	Axial spondyloarthritis	Non-axial spondyloarthritis
Sulfasalazine	Red	Yellow
Methotrexate	Red	Green
TNF-antagonist ^a	Green	Green
JAK inhibitor	Yellow	Yellow
Anti-integrin Vedolizumab	Red	Red
Anti-IL-12/23 Ustekinumab	Red	Yellow
S1P-R modulator Ozanimod	Red	Red

^aDoes not apply for etanercept.



Kann verwendet werden



Kann vielleicht verwendet werden

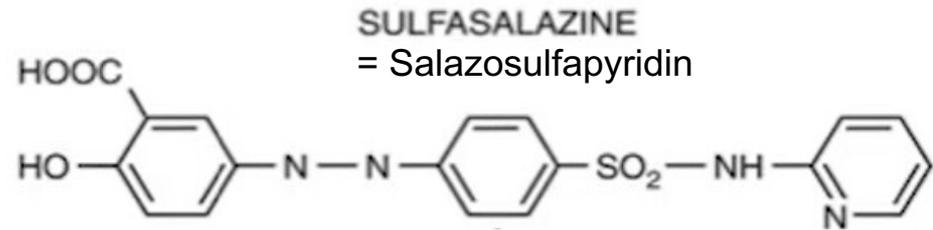


Sollte nicht verwendet werden

Exkurs: Sulfasalazin

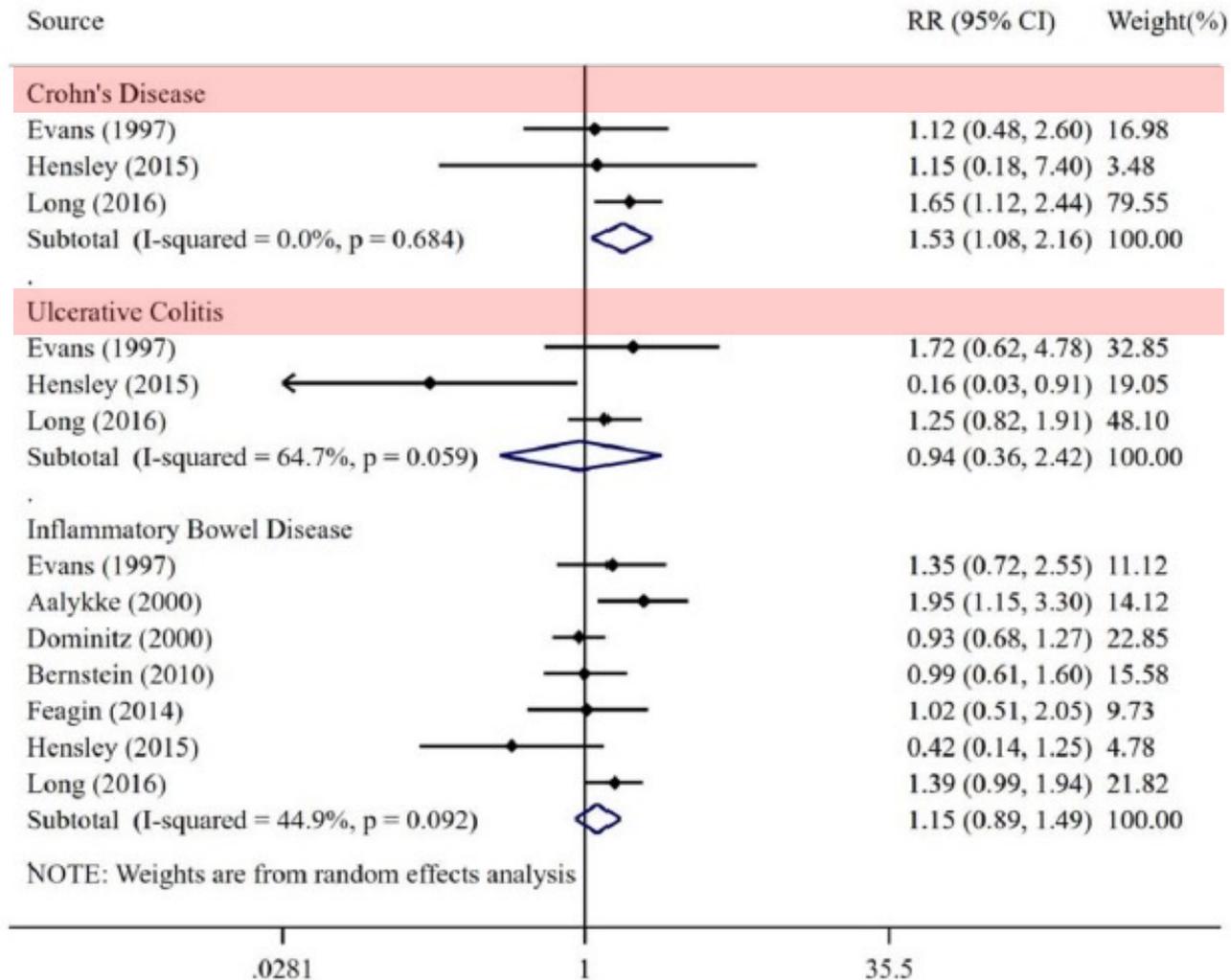


Prof. Nanna Svartz 1890 - 1986



Exkurs: NSAR und IBD

Paracetamol vs. NSAR



Risiko 8%
NNH = 12

Exkurs: COXibe und IBD

Paracetamol vs. NSAR

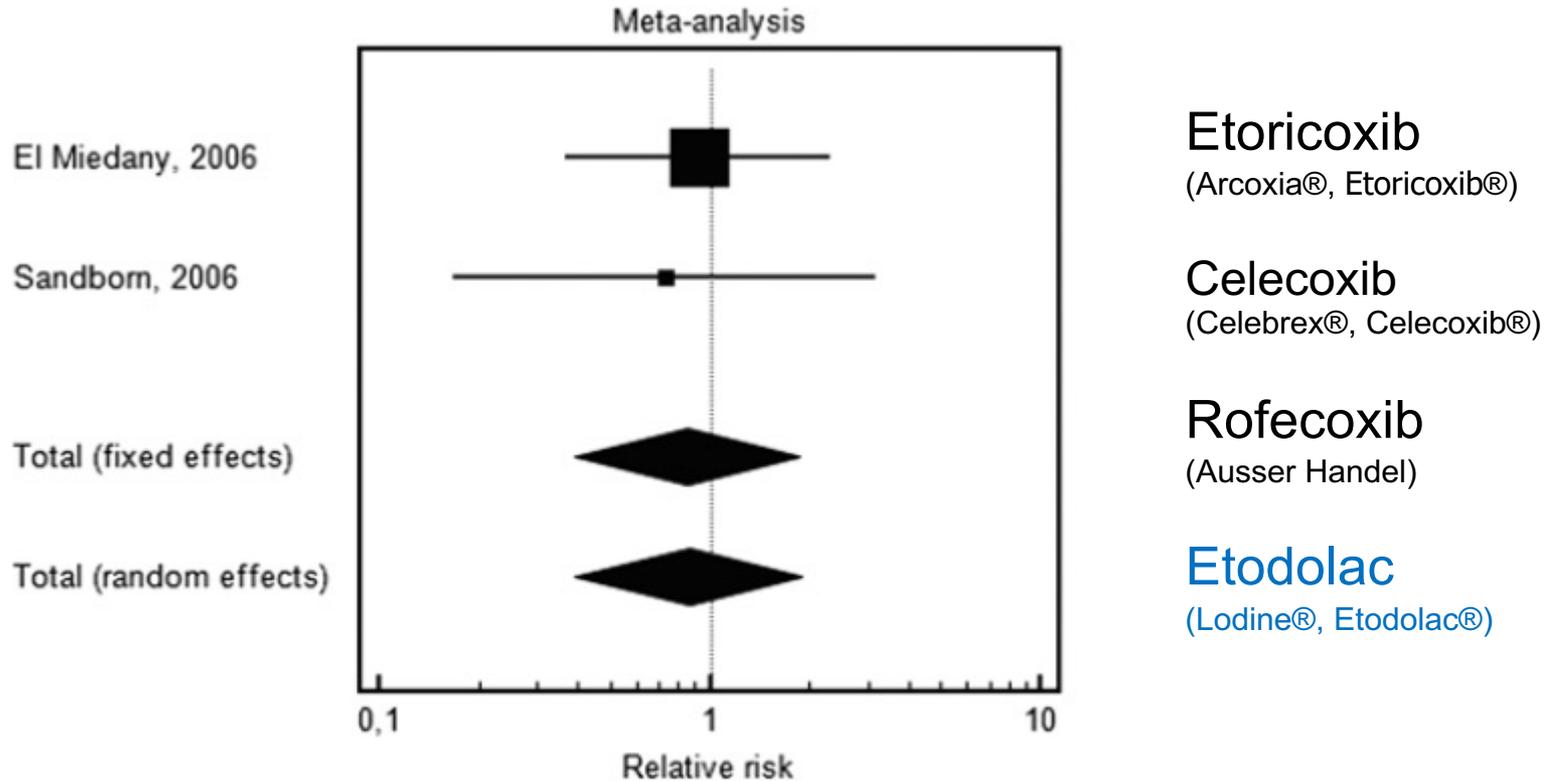


Fig. 4. Relative risk of flare up of IBD in patients that assumed Coxibs (forest plot).

Zusammenfassung

- Spondylarthropathien betrifft fast 50% der IBD-Patienten

Aktiv danach fragen!

- Spondylarthropathien sind vielgestaltig
(Rücken, Grosse Gelenke, kleine Gelenke, geschwollen,)

Gelenke zeigen lassen und anschauen!

- Zuerst Darm und dann Gelenk behandeln

Sorgfältige Wahl der Therapie!

- NSAR sind weniger gefährlich als gemeinhin angenommen

Falls möglich, COX2-selektive NSAR!



COXibe

Wirkungsweise

